

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130570

ARTICULO PRIMERO: Reglas Aplicables al Contrato

Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario.

ARTICULO SEGUNDO: Cobertura y materia asegurada

La Compañía pagará las indemnizaciones o reembolsos señalados en las Condiciones Particulares, a consecuencia de muerte o lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a consecuencia de accidente, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el número II de este artículo, conforme a las condiciones y términos que mas adelante se detallan.

Esta póliza podrá ser contratada en forma individual o colectiva.

Queda expresamente establecido que el accidente que dé lugar a alguna de las coberturas de la presente póliza, necesariamente debe haber ocurrido durante la vigencia de ésta, o a partir de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

I.- DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por definiciones las establecidas en el Art. 513 del Código de Comercio, además de las que se detallan a continuación:

1. Accidente: Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.
2. Establecimiento Hospitalario: Se entiende por Establecimiento Hospitalario el hospital, clínica o establecimiento legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina que disponga y utilice regularmente laboratorio, equipo de rayos X y quirófano atendidos por personal profesional especializado.
3. Médico Calificado: Persona que posee el título universitario de médico cirujano, legalmente autorizada para ejercer la medicina en Chile y calificada para aplicar el tratamiento médico correspondiente, y que no es: a) la persona asegurada; b) cónyuge de la persona asegurada; c) hijo, padre o hermano del asegurado o de su cónyuge.
4. Monto Máximo: Es el máximo de cobertura de esta póliza por los gastos e indemnizaciones provenientes de accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza, en conjunto. Dichos montos máximo, los cuales

deberán establecerse en el Condicionado Particular de la póliza, operarán respecto de cada renovación anual de la póliza para nuevos accidentes que se diagnostiquen u ocurran a partir de la renovación y durante su vigencia.

5. Vuelo no Regular: Se entiende por Vuelo no Regular, todos los vuelos en cualquier medio de transporte aéreo que no esté registrado para realizar el transporte comercial de pasajeros entre aeropuertos terrestres legalmente establecidos. Se entiende como transporte comercial aquel cuyo horario, frecuencia, itinerario y precio es público; se realiza con fines lucrativos, y es accesible en todo momento a cualquier persona.

II.- DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El asegurado podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares y/o en la propuesta o solicitud de incorporación, según corresponda.

Plan A.- Muerte Accidental.

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento inmediato del asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra, a más tardar, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Si el asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas definidas en las Alternativas B.-, C.-, y D.- en caso de haber sido contratadas.

Plan B.- Incapacidad Total Y Permanente Por Accidente.

En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente, la Compañía pagará mediante un pago único y total, los siguientes porcentajes del monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en el Plan C:

El 30% para Incapacidad Clase III: Menoscabo Global de la Persona 35% - 49%

El 50% para Incapacidad Clase IV: Menoscabo Global de la Persona 50% - 66%

El 100% para Incapacidad Clase V: Menoscabo Global de la Persona 67% o más

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de al menos el 35% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso.

El asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la compañía,

podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos cirujanos que se encuentren ejerciendo o que hayan ejercido por la menos un año como miembros titulares de las Comisiones Médicas Regionales o de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, dos de los cuales podrán ser elegidos por el asegurado.

La junta médica evaluará la incapacidad del asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura y a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980.

La junta médica podrá someter al asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el asegurado y la Compañía.

El costo que demande el trabajo de esta junta médica será de cargo exclusivo del asegurado.

La declaración de incapacidad o invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la Compañía y para la junta médica un valor meramente informativo.

Reembolso para mejoras en el hogar y vehículo motorizado del asegurado.

El asegurado podrá contratar, mediante el pago de la prima correspondiente, este beneficio adicional, estipulándolo expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

En el evento que el asegurado sufra un accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza, declarándose una incapacidad total y permanente Clase IV o más, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, de 1980, y que a consecuencia de ésta, el asegurado sufra un notorio e irreversible menoscabo en su capacidad de desplazamiento por una pérdida o disminución de las fuerzas físicas, la Compañía reembolsará los gastos en que haya incurrido el asegurado con el fin de efectuar mejoras o modificaciones necesarias a su automóvil y al inmueble en donde tiene su residencia habitual para efectos de facilitar su utilización o desplazamiento respectivamente, atendido su estado de incapacidad permanente

El límite máximo por este concepto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza. Este beneficio adicional, en el evento de que se contrate, se aplicará cuando el asegurado se encuentre en estado de incapacidad permanente y tenga derecho al pago de la indemnización conforme a esta cobertura descrita en el plan B, asimismo debe contratarse conjuntamente con dicha cobertura.

Plan C.- Desmembramiento Accidental.

En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la Compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

100% en caso de pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;

50% por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;

40% por pérdida total de un pie;

50% por la sordera completa de ambos oídos;

25% por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;

13% por la sordera completa de un oído;

50% por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;

35% por la ceguera total de un ojo;

20% por la pérdida total de un pulgar;

15% por la pérdida total del índice derecho o izquierdo;

5% por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;

3% por la pérdida total de un dedo del pie;

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo.

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto asegurado para esta alternativa.

Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en este Plan, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida total: Se entiende por "pérdida total" referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida parcial: Se entiende por "pérdida parcial" la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: Se entiende por "pérdida funcional total" la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: Se entiende por "miembro", cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

Plan D.- Rembolso De Gastos Médicos Por Accidente.

En virtud de esta cobertura, la Compañía reembolsará al asegurado, hasta el monto anual indicado en las

Condiciones Particulares los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en que éste incurra a consecuencia de un accidente, incluyendo los gastos incurridos en tratamientos destinados a restituir al asegurado accidentado el grado de capacidad funcional e independencia que tenía previo al accidente; siempre que tales gastos sean producto de atenciones prestadas dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente y a consecuencia de las lesiones sufridas en él.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del asegurado, de las boletas o facturas originales, comprobatorias de los gastos efectuados, así como también, el diagnóstico de un médico calificado que determine el grado y magnitud de las lesiones sufridas por el asegurado.

En caso que el asegurado tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, deberá hacer uso de ellos previamente. En ese evento, no será exigible la presentación de boletas o facturas originales si en vez de ellas se presentan documentos originales comprobatorios de los beneficios ya recibidos y del real gasto incurrido por el asegurado. En estos casos sólo serán reembolsados los gastos que realmente sean de cargo del asegurado.

En caso que el asegurado no tuviese beneficios de alguna Institución de Salud Estatal, Privada o Bienestar, se reembolsará el 50% del gasto real incurrido por el asegurado hasta el tope de la cobertura.

Esta cobertura contará con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del asegurado.

Plan E.- Indemnización por Gastos de Sepelio por Accidente.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares para Gastos de Sepelio, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas de que el fallecimiento inmediato del asegurado titular se produjo como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, independientemente del gasto real en que haya incurrido.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de ocurrido el accidente.

Plan F.- Cantidad Diaria por Hospitalización a Causa de Accidente

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al asegurado hospitalizado a causa de accidente, la cantidad diaria que previamente se haya establecido en las Condiciones Particulares, independientemente del gasto real en que haya incurrido el asegurado. El pago procederá siempre que la hospitalización haya ocurrido dentro los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente.

Se pagará la cantidad diaria a contar del número de días de hospitalización señalado en las Condiciones Particulares de la póliza y hasta el máximo de días señalados en dichas Condiciones Particulares.

Se entenderán por Establecimientos Hospitalarios los descritos en el Artículo 2 de esta póliza.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario.

Plan G.- Indemnización por Incapacidad Temporal por Accidente

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al asegurado la cantidad establecida en las Condiciones

Particulares, si a consecuencia directa de un accidente al asegurado se le haya otorgado una licencia médica por un período mínimo establecido en las Condiciones Particulares, o de al menos 30 días de duración cuando no se hubiere estipulado otro plazo en las Condiciones Particulares.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro cubierto, incluyendo el diagnóstico que justifique el certificado médico, y la licencia médica emitida por un médico calificado y aceptada por la institución de salud correspondiente (ISAPRE o Fonasa).

Plan H.- Indemnización por Remplazo de Trabajador Accidentado

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará al contratante de la póliza, la cantidad establecida en las Condiciones Particulares, si a consecuencia directa de un accidente y dentro de los treinta (30) días siguientes a éste, un Trabajador del asegurado haya sido hospitalizado, o se le haya otorgado licencia médica, por un mínimo de 20 días hábiles por evento, cuando no se hubiere estipulado otro plazo en las Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por "Trabajador del asegurado" a aquella persona natural que mantiene vigente un contrato de trabajo suscrito con el Contratante y que figura en la nómina de trabajadores.

Será condición necesaria para proceder al pago, la presentación por parte del asegurado, de todos los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro cubierto, incluyendo el diagnóstico que justifique el certificado médico, la presentación por parte del asegurado de un certificado que acredite el período de permanencia, emitido por el Establecimiento Hospitalario, la licencia médica emitida por un médico calificado y aceptada por la institución de salud correspondiente (ISAPRE o Fonasa) y un certificado del contratante que especifique el número de días que el Trabajador estuvo ausente.

Plan I.- Indemnización por Muerte Accidental e Incapacidad Total y permanente por Accidente de visitantes y clientes.

En virtud de esta cobertura, la Compañía pagará la cantidad establecida en las Condiciones Particulares, si a consecuencia directa de un accidente, se produce el fallecimiento o incapacidad total y permanente de cualquier persona que se encuentre al momento del accidente en los predios del contratante, en calidad de visitante o cliente.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por "Predios del contratante" a la(s) propiedad(es) de tipo inmueble donde el Contratante desarrolla sus actividades y que se detalla(n) en las condiciones particulares

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- Se considera como asegurados a clientes y visitantes del contratante, únicamente mientras se encuentren físicamente en los predios del contratante.
- La cobertura no aplica a empleados, contratistas, subcontratistas, o cualquier persona que tenga un vínculo laboral con el contratante.
- Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.
- Se entenderá como Incapacidad total y permanente, la pérdida irreversible y definitiva, de al menos el 80% de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. Nº 3.500, de 1980.

Esta cobertura podrá contar con un deducible por evento cuyo monto será el indicado en las condiciones particulares de la póliza, y el cual será siempre de cargo del contratante.

III.- BENEFICIARIOS

Se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio asegurado. En caso de fallecimiento de éste se tendrá como beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El asegurado podrá instituir como beneficiario a cualquier persona.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa en contrario. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado, conforme sean designados en el certificado de posesión efectiva emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación o la Entidad que lo remplace en el futuro en esta tarea.

El asegurado podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación de éste haya sido en carácter de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su autorización. A tal efecto, deberá dar aviso a la Compañía por escrito y enviar la póliza para que se haga la respectiva anotación en ella.

El asegurador pagará válidamente a los beneficiarios registrados en las Condiciones Particulares de esta póliza, y con ello quedará liberado de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él que no le haya sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

ARTICULO TERCERO: Exclusiones

La cobertura de esta póliza no operará cuando el Accidente se produzca a consecuencia de:

- 1) Actos calificados como delito cometidos, en calidad de autor o cómplice, por el asegurado, por un beneficiario o por quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización; así como también la participación activa del asegurado en actos de rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- 2) Suicidio, intento de suicidio, intoxicaciones o heridas causadas a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
- 3) Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
- 4) Efectos de guerra civil o internacional, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- 5) Participación del asegurado en equipos profesionales de deporte o en alguna de las siguientes actividades: paracaidismo, alas delta, parapente, bunjee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- 6) Encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

- 7) Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, o mientras se encuentre como pasajero de un vuelo no regular; a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura en las Condiciones Particulares
- 8) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- 9) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- 10) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones cubiertas por esta póliza, incluyendo:
- o Hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo.
 - o Exámenes médicos de rutina.
 - o Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
 - o Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
 - o Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de esta póliza.
- 11) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

ARTÍCULO CUARTO: Obligaciones del asegurado o contratante

Son obligaciones del contratante y/o asegurado:

1. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;
3. Pagar la prima en la forma y época pactadas;
4. Emplear el cuidado y celo de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro;
5. No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del Código de Comercio, así como lo indicado en el artículo 6 de la presente póliza;
6. Notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
7. Acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al tomador el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

ARTÍCULO QUINTO: Agravación o alteración del riesgo

En materia de agravación de riesgos asegurados, este contrato se regirá por lo señalado en el Artículo 526 del Código de Comercio.

ARTICULO SEXTO: Declaraciones del Asegurado.

Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar el riesgo asegurado y apreciar la extensión del mismo en los formularios de contratación que disponga para estos fines.

ARTICULO SÉPTIMO: Prima y efectos del no pago de la prima

La obligación de pagar la prima en la forma y época pactadas le corresponderá al contratante o al asegurado, según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el obligado al pago incurre en mora o simple retardo en el pago del todo o parte de la prima, reajustes o intereses, el asegurador podrá declarar terminado el contrato mediante el envío de una comunicación dirigida al contratante y/o asegurado. El envío de la comunicación se realizará mediante el sistema que se haya convenido en las Condiciones Particulares.

El término del contrato operará al vencimiento del plazo de 15 días corridos, contados desde la fecha del envío de la comunicación, y dará derecho a la Compañía para exigir que se le pague la prima devengada hasta la fecha de terminación y los gastos de formalización del contrato, a menos que antes de producirse el vencimiento del plazo señalado, sea pagada toda la parte de la prima, reajustes e intereses que estén atrasados, incluidos los correspondientes para el caso de mora o simple retardo.

La circunstancia de haber recibido pago de todo o parte de la prima atrasada, y de sus reajustes o intereses, o de haber desistido de la terminación, no significará que la Compañía Aseguradora renuncia a su derecho a poner nuevamente en práctica el mecanismo de la terminación pactado en esta cláusula, cada vez que se produzca un nuevo atraso en el pago de todo o parte de la prima.

Producida la terminación, la responsabilidad de la Compañía por los siniestros posteriores cesará de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial alguna.

ARTICULO OCTAVO: Denuncia de siniestros

Producido un siniestro que pueda estar cubierto por la presente póliza, el asegurado o quien él designe para este efecto, deberá notificarlo lo más pronto posible a la Compañía, en el formulario especial que Compañía facilitará para tal efecto. Se entenderá que el asegurado o quien lo represente ha informado "lo más pronto posible" sobre la ocurrencia del siniestro, si efectúa la notificación dentro del plazo máximo de 30 días contados desde la ocurrencia del siniestro, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

El asegurado o quien lo represente deberá acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin sus circunstancias y consecuencias.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

El cumplimiento extemporáneo de esta obligación, hará perder los derechos del asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor acreditada a la compañía, liberando a la Compañía Aseguradora del pago que habría correspondido.

ARTICULO NOVENO: Terminación

Término inmediato de la póliza:

La cobertura indicada en esta póliza terminará automáticamente, cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a) Expiración del plazo de vigencia establecido en las Condiciones Particulares, a menos que ésta haya sido renovada, por acuerdo entre contratante o asegurado y la Compañía;
- b) Cuando el asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) La pérdida de la calidad de asegurado de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares.

Término anticipado de la póliza:

El contrato de seguro podrá ser terminado anticipadamente, en virtud de las siguientes circunstancias:

A) La Compañía podrá poner término anticipadamente al contrato de seguro en caso de concurrir una cualquiera de las siguientes causales:

- a) Si el interés asegurable no llegare a existir o cesare durante la vigencia del seguro. En este caso el Asegurado tendrá derecho a restitución de la parte de la prima pagada no ganada por La Compañía correspondiente al tiempo no corrido.
- b) Por falta del pago de la prima en los términos indicados en el artículo sexto de las presentes Condiciones Generales.
- c) En caso de verificarse una infracción a cualquiera de las obligaciones descritas en el Artículo cuarto de estas Condiciones Generales.
- d) En caso que La Compañía identifique una siniestralidad superior a la considerada en la tarificación del riesgo.
- e) Inexistencia del medio de pago.
- f) En caso que por cambio en la política de suscripción de la Compañía, éste deba dejar de suscribir el riesgo asegurado.

En cualquiera de estos casos, la terminación se producirá a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación de acuerdo a lo establecido en el artículo décimo de estas Condiciones Generales.

B) A su turno, el Asegurado podrá poner término anticipado al contrato, salvo las excepciones legales, comunicándolo al Asegurador en la forma establecida en el artículo décimo primero.

En caso de término anticipado, la prima se reducirá en forma proporcional al plazo corrido, pero en caso de haber ocurrido un siniestro, se entenderá devengada totalmente.

ARTICULO DÉCIMO: Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía al Contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las Condiciones Particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o dispusiere otra forma de notificación al momento de la contratación del seguro.

En caso de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida al domicilio del Contratante o el Asegurado señalado en las Condiciones Particulares o en la solicitud de seguro respectiva.

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: Solución de Controversias

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la Compañía, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En las disputas entre el asegurado y la Compañía que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º y en el artículo 36 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251 de 1931.

ARTICULO DÉCIMO SEGUNDO: Vigencia

La responsabilidad que la Compañía asume por el presente contrato, se entenderá vigente por el plazo establecido en las respectivas condiciones particulares, previo pago de la prima.

ARTICULO DÉCIMO TERCERO: DOMICILIO

Para todos los efectos de este contrato se fija como domicilio la ciudad indicada en las Condiciones Particulares.